

Władysław Sterna

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o. o. w Gorzowie Wielkopolskim

# Porzucenie czy zakończenie leczenia?

## *Abandonment or termination of treatment relationship?*

### Abstract

*Therapeutic relationship quits as soon as the patient achieved his goals. However, there are other possible contexts of quitting therapeutic relationship. The author describes various ways and contexts of quitting therapeutic relationship both — by patient and psychiatrist. Practical, organizational and ethical implications are presented. There are pointed such therapeutic interventions which can prevent patient's feeling of being abandoned in terms of ethics and law. The author minded the situation of occurring an unintended therapeutic relationship and recommends ways of minimizing the risk of such situation.*

**Psychiatria 2016; 13, 2: 92–97**

**Key words:** *therapeutic relationship, abandonment, split treatment, psychotherapy*

### Wstęp

Jest dobrze ugruntowaną tradycją, że od początku podjęcia leczenia lekarz (i terapeuta) jest prawnie oraz etycznie odpowiedzialny za proces terapii dopóki leczenie nie zostanie prawidłowo zakończone za obopólną zgodą; pacjent nie zrezygnuje z terapii lub lekarz nie wycofa się z odpowiednim okresem wypowiedzenia, albo nie zapewni ciągłości opieki nad pacjentem przez innego terapeutę. W przeciwnym wypadku naraża się na zarzuty porzucenia pacjenta. Zakończenie leczenia jest procesem o wiele bardziej skomplikowanym niż relacja między usługodawcą a klientem i wymaga szczególnej ostrożności i rozważań ze strony lekarza. Przepisy prawne regulujące relację lekarz–pacjent niewątpliwie nie są w stanie opisać możliwej liczby trudnych sytuacji i to na lekarzu będzie ciążył obowiązek zapewnienia właściwej opieki. Błędem zaniechania będzie przerwanie leczenia w postaci jednostronnego zerwania relacji lekarz–pacjent przez lekarza bez uzasadnionego wypowiedzenia lub bez zapewnienia alternatywnej opieki i w momencie, gdy zachodzi konieczność kontynuowania leczenia. Bez spełnienia powyższych elementów nie będzie można jednak mówić o prawnym opuszczeniu pacjenta. Istnieje różnica między

sytuacją, gdy pacjent poczuł się opuszczony, a taką, gdy opuszczenie miało miejsce od strony prawnej lub etycznej. Poza uzgodnionym przez obie strony zakończeniem leczenia może nastąpić przedwczesne przerwanie terapii przez pacjenta lub zakończenie leczenia przez psychiatrę. Jeśli leczenie kończy psychiatra, może to być zakończenie leczenia lub przekazanie do innej opieki. Niezależnie od tego, czy leczenie zostało zakończone, czy też nastąpiło przekazanie pacjenta do innej opieki, sojusz terapeutyczny ulega rozwiązaniu. Przyczyną takiego stanu może być brak porozumienia co do planu leczenia, pacjent może już nie wymagać terapii, psychiatra postanawia zamknąć swoją praktykę, pacjent lub psychiatra wyjeżdżają z miejsca pobytu itp. Niezależnie od przyczyny powszechnie akceptuje się zasadę, że zakończenie leczenia powinno się odbyć w sposób mający na celu zarówno ochronę dobra i interesów pacjenta, jak i psychiatry. Poniżej przedstawiono możliwe sytuacje, które mogą mieć miejsce podczas procesu kończenia leczenia. Ilekroć w niniejszym artykule mowa jest o psychiatrze w domyśle mowa jest również o psychoterapeucie. Rozważane będą sytuacje, w których dochodzi do zakończenia terapii wcześniej niż zostało to zamierzone i uzgodnione w kontrakcie terapeutycznym [1].

### Zakończenie leczenia przez psychiatrę w sytuacji niekryzysowej i bezpiecznej

Proces rozstawania się w takiej sytuacji będzie składał się z następujących etapów:

#### Adres do korespondencji:

Władysław Sterna  
Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o. o.  
ul. Walczaka 42, 66–400 Gorzów Wlkp.  
tel./faks 95 733 16 34  
e-mail: walczaka3bd@onet.eu

- podanie pacjentowi informacji na tyle wcześniej, aby mógł znaleźć alternatywne leczenie;
- przedstawienie pacjentowi zrozumiałych dla niego powodów rezygnacji z prowadzenia dalszej terapii;
- przeprowadzenie edukacji pacjenta, co do zaleceń terapeutycznych;
- ewentualna pomoc pacjentowi w znalezieniu środków (płatnika) na dalszą terapię;
- w miarę możliwości zarekomendowanie określonego terapeuty lub ośrodka, w którym pacjent może uzyskać adekwatną pomoc;
- prowadzenie zapisów w dokumentacji zgodnie z wymaganiami;
- ewentualne wysyłanie następczych informacji do pacjenta.

Trudno jest oszacować dokładny czas, jakim powinien dysponować pacjent na znalezienie alternatywnego leczenia, ale wydaje się, że termin miesiąca w większości przypadków będzie wystarczający. W miejscowościach gdzie dostęp do pomocy psychiatrów i psychoterapeutów jest ograniczony rozważyć można dłuższy czas na znalezienie nowego terapeuty. W rozmowie z pacjentem wskazanym jest czytelne i jednoznaczne określenie daty, po której terapeuta nie będzie już dostępny.

Powody, dla których terapeuta nie może dalej prowadzić leczenia, powinny zostać omówione z pacjentem w sposób, który będzie dla niego zrozumiały i czytelny oraz pozwalający pacjentowi na zachowanie dla siebie szacunku.

Należy podać wyraźne rekomendacje dotyczące dalszego leczenia pacjenta oraz wskazywać na możliwe konsekwencje jego zaprzestania. W dokumentacji powinien się znaleźć zapis odzwierciedlający to, że pacjent zrozumiał konieczność kontynuowania leczenia. O ile jest to właściwe i możliwe w danej sytuacji, warto zaangażować w ten proces członków rodziny lub inne ważne dla pacjenta osoby. W przypadku kontynuowania leczenia farmakologicznego koniecznym jest szczegółowe omówienie sposobu dawkowania, okresu stosowania oraz możliwych działań niepożądanych. Jeśli to możliwe nie powinno się przepisywać większej ilości leków niż na okres trwającego rozstawiania się w terapii. Dodatkowe lub ponowne zapisanie leków pacjentowi po ustaniu relacji terapeutycznej w rzeczywistości ustanawia ją na nowo i przedłuża okres wypowiedzenia albo uruchamia proces rozstawiania się na nowo.

W przypadku rozstawiania się w terapii konieczne jest wskazanie pacjentowi alternatywnych możliwości kontynuowania leczenia jak najbliższej jego miejsca zamieszkania, wskazanie możliwości pozyskania płatnika (np. NFZ, fundacje itp.). Terapeuta, korzystając ze swojej wiedzy i doświadczenia,

może wskazać ośrodek lub konkretnego terapeuta, u którego uzyskanie pomocy może według niego zakończyć się sukcesem. Może to być również wskazanie ogólne na przykład poradni czy zespołu leczenia środowiskowego albo też ubezpieczyciela. Pacjentów obarczonych podwyższonym ryzykiem należy poinformować, że izby przyjęć szpitali są dostępne w nagłych sytuacjach. Mimo że etycznie i prawnie terapeuta jest zobowiązany do pomocy w znalezieniu alternatywnej pomocy dla pacjenta, to w przypadku, gdy z jakiegoś ważnego powodu (np. niechęć pacjenta do współpracy) nie jest to możliwe, terapia nie może trwać do czasu znalezienia nowego miejsca terapii. Warto się upewnić, czy istnieją inne regulacje dotyczące okresu wypowiedzenia (rekomendacje płatnika terapii, treść zawartego z pacjentem kontraktu, zasady, które obowiązują w placówce, w której pracuje terapeuta).

Należy poinformować pacjenta, że kopia dokumentacji lub podsumowanie terapii zostanie przekazane nowemu terapeutce po otrzymaniu stosownego, pisemnego upoważnienia.

W uzasadnianych przypadkach należy rozważyć następcze wysłanie listu do pacjenta zawierającego podstawowe informacje omówione z pacjentem. Warto, aby kopia takiego listu znalazła się w dokumentacji pacjenta oraz aby został on wysłany listem poleconym.

Nie rekomenduje się prowadzenia dalszej terapii lub rozpoczynanie terapii na nowo tylko na podstawie odwołania się pacjenta od takiej decyzji w sytuacji, gdy zdaniem terapeuty ona nie działa. Podejmowanie się dalszej terapii, którą terapeuta ocenia, jako nieskuteczną może być ocenione, jako świadczenie niskiej jakości opieki i budzi istotne zastrzeżenia etyczne oraz prawne.

### **Zakończenie leczenia przez psychiatrę w sytuacji kryzysowej lub niebezpiecznej**

Z natury rzeczy zakończenie leczenia przez psychiatrę w takiej sytuacji jest bardzo trudne, ale nie niemożliwe. Nie rekomenduje się zakończenia leczenia w sytuacji, gdy u pacjenta pojawiły się myśli lub tendencje samobójcze albo gdy terapeuta ocenia, że pacjent może stanowić zagrożenie dla innych. Nagłe przerwanie leczenia w takich okolicznościach będzie mieć prawdopodobnie negatywny skutek. Od strony prawnej będzie to prawdopodobnie rozpoznane jako wycofanie się z użycia własnych kompetencji w sytuacji, w której są one najbardziej potrzebne. Właściwym będzie prowadzenie terapii do momentu, gdy lekarz upewni się o możliwości skorzystania przez pacjenta z terapii alternatywnej. Nawet w przypadku nieplanowego lub awaryjnego zamknięcia praktyki pozostaje obowiązek zapewnienia jak najlepszej opieki nad pacjentami. W takiej sytuacji dobrze jest mieć pisemny

awaryjny plan dostępny dla pacjentów, dotyczący przerwania i przekazania opieki nad pacjentami w przypadku kryzysu ze strony psychiatrii.

### **Zakończenie leczenia przez pacjenta w sytuacji niekryzysowej i bezpiecznej**

Pacjent ma prawo jednostronnie zdecydować o zakończeniu terapii. Jeśli przerwie on terapię, powinno się ustalić, czy nie znajduje się w sytuacji kryzysowej. Jeśli pacjent nie jest w kryzysie warto przedstawić takie same informacje jak w sytuacji zakończenia leczenia przez psychiatrę omówione powyżej. W sytuacji gdy pacjent nie chce się spotkać w celu omówienia takich informacji, rekomenduje się przesłanie takich informacji pisemnie listem poleconym i odnotowanie tego w dokumentacji medycznej. Zarekomendować można zawarcie w piśmie informacji dotyczącej konkretnej daty, po której brak kontaktu ze strony pacjenta będzie oznaczać, iż zakończył on relację terapeutyczną.

### **Zakończenie terapii przez pacjenta w sytuacji kryzysowej lub niebezpiecznej**

Terapeuta nie może zakładać, że jest pozbawiony wszelkich zobowiązań wobec pacjenta, jeśli został przez niego „zwolniony”. Ważna jest ocena stanu pacjenta oraz jego sposobu rozumienia sytuacji. Jeśli terapeuta oceni, że pacjent podjął nie do końca świadomą decyzję o zakończeniu terapii, powinien próbować kontynuować spotkania z pacjentem i pozyskać ważne osoby z jego sieci wsparcia. W sytuacji nagłego i jednostronnego przerwania terapii przez pacjenta rekomenduje się pisemne udokumentowanie prób nawiązania kontaktu z ważnymi osobami z sieci wsparcia, chyba że pacjent zastrzegł inaczej.

### **Problemy finansowe a zakończenie leczenia**

Zmiany w sytuacji finansowej pacjenta mogą powodować konieczność zaprzestania terapii. Może być tak w sytuacji zmiany statusu jego ubezpieczenia, pogorszenia się sytuacji finansowej lub niechęci do dalszego opłacania terapii w uzgodnionej wysokości. Aby zminimalizować trudności z tym związane, należy zawsze na początku terapii omówić z pacjentem płatnika, a także harmonogram opłat. Warto poszukiwać dróg rozwiązania problemu, gdy pacjent ma ograniczone zasoby finansowe lub staje się niechętny do płacenia za niezbędną optymalną pomoc. Rodzaj zapewnianej opieki powinien być oparty przede wszystkim na potrzebach klinicznych pacjenta, a nie tylko na posiadanych przez niego zasobach finansowych. Terapeuta ryzykuje jednak zarzut nieodpowiedzialności prowadzenia terapii, która spada poniżej standardu

opieki, ponieważ pacjent nie może lub nie chce płacić za to, co jest mu potrzebne. Co oczywiste, powodem przerwania terapii nie może być jednorazowe nieopłacenie przez pacjenta wizyty. Taka sytuacja powinna być przedmiotem rozmowy z pacjentem i terapeuta powinien być gotowy do pracy z nim do czasu znalezienia satysfakcjonującego rozwiązania. Jeśli się okaże to niemożliwe, terapeuta ma prawo zakończyć relację po odpowiednim ostrzeżeniu i wskazaniu terminu. Nie można oczekiwać od terapeuty, aby pracował bez wynagrodzenia, niektóre instytucje prawne mogą jednak interpretować nagłe przerwanie terapii w trudnych okolicznościach (nagła strata pracy, choroba) jako nieuzasadnione porzucenie pacjenta.

### **Zakończenie leczenia w terapii łączonej**

W przypadku leczenia, w którym pacjent korzysta z pomocy farmakologicznej świadczonej przez psychiatrę oraz z terapii u innego psychiatry bądź terapeuty, sytuacja zakończenia leczenia jest nieco bardziej skomplikowana [2]. Najczęstszym wariantem zakończenia leczenia będzie ukończenie farmakoterapii, a następnie zakończenie procesu terapii. Wskazaniem jest, aby czas trwania terapii był zdefiniowany na początku wraz z uzasadnieniem, z czego to wynika (zdefiniowane cele i rodzaj prowadzonej terapii, zasoby finansowe pacjenta, czas refundacji terapii przez płatnika itp.). O ile to możliwe, dobrze jest zapewnić pacjentowi możliwość konsultacji przez jednego z klinicystów po zakończeniu terapii ze wskazaniem warunków takich konsultacji.

Z różnych powodów pacjent pozostający w psychoterapii u jednego z klinicystów oraz otrzymujący farmakoterapię od psychiatry może chcieć zaangażować do głębszej pracy terapeutycznej psychiatrę. Próby odpowiedniego przekierowania pracy pacjenta do terapeuty przez psychofarmakologa mogą być odbierane przez pacjenta jako porzucenie, choć w istocie nim nie będą.

W przypadku rezygnacji z leczenia farmakologicznego prowadzonego przez psychiatrę przed jego planowanym zakończeniem, do jego obowiązków będzie należało wskazanie możliwości kontynuowania leczenia przez pacjenta. Jeśli rezygnacja z leczenia farmakologicznego nie była częścią planu terapeutycznego, nie można uznać, że w takiej sytuacji dalsze korzystanie tylko z terapii przez pacjenta jest wystarczającą formą pomocy, a leczenie farmakologiczne nie musi być kontynuowane. Porzuceniem będzie nie dołożenie starań, aby inny psychiatra był dostępny w odpowiednim czasie.

Porzucenie może być jawne lub dorozumiane (jak w przypadku braku udziału w monitorowaniu stanu pacjenta). Niektórzy prawnicy rozszerzają termin porzucenia na opóźnienie (brak kontaktu w umówiony terminie) oraz

nieuwagę (nieodpowiednie monitorowanie pacjenta przez psychiatrę). Mimo że w rzeczywistości w takich sytuacjach nie doszło do porzucenia pacjenta, to opóźnienie i nieuwaga działają w taki sposób, jakby porzucenie miało miejsce. Za porzucenie można uznać również zbyt rzadki kontakt z pacjentem uniemożliwiający właściwe monitorowanie jego stanu.

Klinicysta ma prawo zaprzestać współpracy z innym w szczególnych przypadkach z zachowaniem dbałości o dobro pacjenta i prowadzonej terapii. Klinicysta nie może być zobowiązany do udziału w leczeniu, które nie spełnia jego własnych standardów opieki nad pacjentem nawet wówczas, gdy jest ono zgodne ze standardami innych praktykujących kolegów — w szczególności gdy postrzega działania drugiego, jako niespełniające standardów etycznych, a wzajemne konsultacje w tej sprawie nie przyniosły rezultatów. Klinicysta może zrezygnować z udziału w takim leczeniu z zachowaniem ram czasowych pozwalających na dokonanie nowych uzgodnień drugiemu klinicyście i pacjentowi. W sytuacji rezygnacji przez pacjenta ze współpracy z jednym z klinicystów drugi ma prawo rozważyć współpracę w nowej konfiguracji zespołu terapeutycznego. Terapeuta może rozpocząć rozwiązywanie relacji terapeutycznej z pacjentem w sytuacji gdy uzna, że nie posiada już wystarczających kompetencji do prowadzenia terapii z uwagi na zmieniające się potrzeby pacjenta, własne ograniczenia (strach, wypalenie, choroby, istotne problemy osobiste), albo też gdy uzna, że dalsze prowadzenie terapii może być potencjalnie szkodliwe dla pacjenta (nawet gdy pacjent chce kontynuować terapię). Przyczyną zainicjowania kończenia terapii może być też planowana rezygnacja terapeuty z prowadzenia praktyki, wyprowadzka czy też dłuższa nieobecność związana ze stażem w innym miejscu. Terapeuta ma prawo zrezygnować z terapii, gdy jego dobro zostało przez pacjenta w istotny sposób zagrożone (np. został okradziony przez pacjenta albo zaatakowany). Nawet w takich przypadkach należy komunikować pacjentowi i dokumentować, w jaki sposób może uzyskać awaryjną pomoc psychiatryczną. Terapeuci mogą się obawiać oskarżenia o porzucenie, gdy zainicjują rezygnację z terapii z przyczyn wskazanych powyżej. Powszechnie wiadomo jednak, że terapeuci nie muszą prowadzić leczenia na warunkach dyktowanych przez pacjenta, przez czas nieokreślony i nie potrzebując zgody pacjentów na zakończenie leczenia. Istnieje tylko etyczny i prawny obowiązek działania w najlepiej pojętym interesie pacjenta oraz bieżących potrzeb leczenia.

### **Przeniesienie opieki**

Przeniesienie opieki jest podobne do zakończenia leczenia w wielu elementach, ale polega na płynnym prze-

kazaniu opieki nad pacjentem drugiemu klinicyście, bez żadnej przerwy [3]. Dla tych, którzy pracowali w szpitalu lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej, przekazanie opieki innemu klinicyście odbywa się przez poinformowanie go o najważniejszych ocenach i interwencjach, a także planach dotyczących dalszej terapii. Istnieją dwa typy przekazania opieki wobec pacjenta pozostającego w leczeniu ambulatoryjnym: do innego klinicysty pracującego ambulatoryjnie oraz na oddział dzienny lub stacjonarny. W obu wypadkach głównym zadaniem jest utrzymanie prawidłowej komunikacji.

Psychiatra może chcieć przekazać opiekę nad pacjentem do innego klinicysty pracującego ambulatoryjnie z wielu powodów, na przykład gdy nie wymaga już jego opieki, albo gdy z powodu rozwijających się objawów wymaga pomocy innego specjalisty. Psychiatra przejmujący opiekę powinien otrzymać wszystkie niezbędne informacje dotyczące pacjenta, a ten czytelną informację, od kiedy i gdzie ma podjąć dalszą terapię. Przekazanie pacjenta na oddział dzienny będzie wymagało podobnej procedury jak w przypadku przekazania do innego ambulatorium. Transfer na oddział całodobowy będzie się odbywał w sytuacjach kryzysowych i wtedy też należy podać wszystkie niezbędne informacje potrzebne dla prawidłowego kontynuowania opieki nad pacjentem. Taka sytuacja nie będzie porzuceniem, tylko przekazaniem pacjenta do dalszej opieki. Dobrze jest rozważyć, czy po zakończeniu hospitalizacji prowadzący leczenie nadal będzie mógł sprawować opiekę nad pacjentem, wiadomo bowiem, że czas po zakończeniu hospitalizacji jest szczególnie trudnym momentem w terapii. Jeśli psychiatra stwierdzi, że on lub osoby razem z nim pracujące nie będą mogli przejąć opieki po zakończeniu hospitalizacji, wskazanym jest powiadomienie pacjenta i zakładu aktualnie sprawującego opiekę.

### **Porzucenie?**

Kończąc relację terapeutyczną w nieprawidłowy sposób, można się narazić na zarzuty porzucenia pacjenta, co może powodować określone konsekwencje etyczne i prawne. Jeśli jednak terapia została zakończona w sposób zgodny z zasadami sztuki, terapeuta powinien próbować nie ulegać ewentualnej presji i szantażowi „porzuceniem” ze strony pacjenta. Pacjent ma prawo czuć się urażony odmową kontynuacji leczenia przez terapeuta, ale nie stanowi to jeszcze uszczerbku, za który można pociągnąć do odpowiedzialności prawnej.

### **Dopełnienie listowne zakończenia terapii**

W naszej rzeczywistości nie ma ugruntowanego zwyczaju wysyłania przez terapeutów listów do pacjentów po

zakończeniu ich leczenia. W wielu krajach rekomenduje się jednak takie postępowanie, zwłaszcza w sytuacji gdy terapia zakończona została przed ustalonym terminem i gdy stało się to z inicjatywy pacjenta [4]. We wspomnianym artykule rekomenduje się następujące zasady dotyczące sporządzenia takiego listu:

1. Nie wysyłaj formularza. Można zacząć od standardowego listu, ale trzeba go dostosować do każdego pacjenta. W treści listu, jeśli to możliwe, powinno się nawiązać do specyfiki sytuacji danego pacjenta.
2. Ton listu powinna cechować życzliwość do pacjenta, ale należy się wystrzegać hiperboli w stylu „było zaszczytem prowadzenia pana terapii”. Z treści listu powinno wynikać jednoznacznie, że terapia została zakończona.
3. Nie wspominaj poufnych informacji, gdyż zawsze jest ryzyko, że ktoś niepowołany może taki list otworzyć i przeczytać.
4. Wskaż konkretną datę, po której nie możesz już zapewnić opieki. Rozsądnym terminem jest miesiąc od daty pisma, ale w wyjątkowych przypadkach może to być dwa miesiące.
5. Podaj powód wypowiedzenia, choć nie jest to prawnie wymagane. Należy unikać przy tym emocjonalnego lub surowego języka, a także określić prawnych.
6. Przekaż rekomendacje dotyczące dalszego leczenia.
7. Napisz wyraźne zalecenie, aby pacjent kontynuował leczenie w innym miejscu. Można podać listę placówek lub terapeutów, u których pacjent może uzyskać pomoc.
8. Zaoferuj przesłanie kopii dokumentacji do nowego lekarza, przy czym można dołączyć gotowy formularz zezwalający na to, który pacjent mógłby do nas odesłać.
9. Podpisz list osobiście i nie zlecaj tego pracownikowi, nie używaj również do tego pieczęci.
10. Wyślij list pismem poleconym, a potwierdzenie i kopię listu umieść w dokumentacji. Jeśli do tego używasz poczty elektronicznej, wydrukuj potwierdzenie doręczenia i dołącz do dokumentacji. Jeśli pacjent zgłasza się na wizytę po okresie wypowiedzenia, twierdząc, że nie otrzymał przesyłki, nie jesteś zobowiązany do podjęcia terapii.

### Domyślna relacja terapeutyczna

Lekarz może być również odpowiedzialny prawnie i etycznie w sytuacji, gdy relacja terapeutyczna powstała w sposób niezamierzony. Sąd lub komisja etyki może uznać, że powstała relacja terapeutyczna na podstawie zachowania lekarza, mimo że ten będzie twierdził, iż dana osoba nie była jego pacjentem. Taki typ nieporozumienia między lekarzem a pacjentem

może powstać w przypadku pierwszorazowej wizyty lub wykonywania konsultacji, gdy charakter relacji nie został jasno zdefiniowany od samego początku. Ponadto, przepisywanie leków dla osób niebędących pacjentami, takich jak przyjaciele czy członkowie rodziny, udzielanie nieformalnych porad w sytuacjach społecznych, udział w zajęciach edukacyjnych i informacyjnych w tym w internecie, może doprowadzić do sytuacji niezamierzonego utworzenia relacji terapeutycznej przez lekarza. Wreszcie, niedopełnienie formalnego zakończenia rzeczywistego procesu terapii może być powodem odczucia opuszczenia ze strony byłych pacjentów i być powodem roszczeń.

Aby uniknąć powstawania odczucia opuszczenia i ewentualnych roszczeń ze strony osób niebędących pacjentami pomocnym może być [5]:

- przepisywanie leków wyłącznie dla osób będących pacjentami. Zapisanie leku może być sygnałem dla sądu lub komisji etycznej, że została zawiązana relacja terapeutyczna. W takiej sytuacji lekarze mogą mieć zarzuty opuszczenia pacjenta, braku prowadzenia dokumentacji medycznej, braku monitorowania objawów niepożądanych i innych zastrzeżeń;
- przekierowanie osób do ich lekarzy lub terapeutów w przypadku udzielania wskazówek w sytuacjach społecznych lub udziału w działaniach informacyjnych. Pojedyncze lub nawet kilka zadanych pytań nie może stanowić podstawy do udzielenia kompetentnej porady terapeutycznej w takiej sytuacji;
- wyjaśnienie natury pierwszego spotkania od samego początku w sposób klarowny oraz dokonanie odpowiedniego zapisu. Wielu lekarzy pierwszą wizytę traktuje jako środek do podjęcia decyzji czy będą mogli zaspokoić potrzeby kliniczne osoby do niego się zgłaszającej. Mogą mieć miejsce również inne sytuacje, na przykład konsultacja na prośbę innego lekarza lub ocena zdolności do wykonywania określonego zawodu i inne, w których sytuacjach nie ma obietnicy ciągłości opieki. Pacjent może jednak postrzegać tę sytuację zgoła odmiennie, jako początek terapii. Wyjaśnienie i odpowiednia adnotacja w dokumentacji zmniejsza ryzyko nieporozumień, ale również stawia lekarza w lepszej sytuacji wobec przyszłych zarzutów dotyczących opuszczenia pacjenta. Takie wyjaśnienie powinno mieć miejsce już na etapie uzgadniania terminu spotkania oraz powinno być powtórzone na jego początku;
- zastrzeżenie przy ofercie. W przypadku udziału w działaniach edukacyjnych na żywo czy też *on-line* ich uczestnicy od początku powinni być świadomi tego, że lekarz nie zamierza tworzyć relacji terapeutycznej

oraz że taki rodzaj kontaktu nie może zastępować rzeczywistej analizy przez wykwalifikowanego terapeutę. W przypadku sporu co do tego, czy powstała relacja terapeutyczna lekarze będą oceniani na podstawie podejmowanych przez nich działań, ale także na podstawie tego, jak one były odbierane przez rzekomego pacjenta;

- zadbanie o formalne zakończenie relacji terapeutycznej oraz udokumentowanie tego w postaci zapisu

o okolicznościach i przyczynie zakończenia terapii, miejscu, do którego przekierowuje się pacjenta, udzielonych rekomendacjach, możliwości konsultacji z lekarzem w przyszłości.

Powyższe rozważania nie wyczerpują tematu możliwych problemów podczas kończenia terapii oraz ryzyka porzucenia pacjenta ani minimalizowania możliwości pojawienia się u niego takiego odczucia. Konieczna jest dalsza analiza w celu stworzenia odpowiednich rekomendacji.

### Streszczenie

*Współpraca terapeutyczna kończy się, gdy uda się uzyskać uzgodnione dla niej cele. Nie zawsze jednak taka forma zakończenia ma miejsce. W niniejszym artykule autor dokonał przeglądu możliwości zakończenia leczenia przed uzgodnionym czasem z inicjatywy psychiatry oraz pacjenta. Omówiono praktyczne, organizacyjne i etyczne implikacje takiej sytuacji. Wskazano na działania terapeuty, które mogą zapobiegać powstawaniu u pacjenta odczucia porzucenia oraz porzucenia w sensie etycznym i prawnym. Zwrócono uwagę na możliwości niezamierzonego powstawania relacji terapeutycznej oraz wskazano na sposoby minimalizujące ryzyko powstania takiej sytuacji.*

**Psychiatrii 2016; 13, 2: 92–97**

**Słowa kluczowe:** relacja terapeutyczna, porzucenie, terapia łączona, psychoterapia

### Piśmiennictwo:

1. Termination of the Psychiatrist-Patients Relationship Dos & Dents: <https://www.psychprogram.com/risk-management/tip-termination.html>.
2. Gutheil T.G, Simon R.I. Abandonment of patients in split treatment. Harvard Review of Psychiatry 2003; 11: 175–179.
3. Terminating the treatment relationship. Psychiatry (Edgmont) 2010; 7: 40–42.
4. Mago R. Ending a physician/patient relationship: 8 tips for writing a termination letter. Current Psychiatry 2013; 12: 47.
5. Abandonment? But there was no Treatment Relationship: <https://www.psychprogram.com/risk-management/abandonment.html>.